

مقدمة

محاولات تحديد المصطلح:

(أ) إشكالية التعريف:

الاختلاف حول ترجمة المصطلح الأجنبي (*) Slective Mutism هو ما يلاحظه كل من يتعامل معه للوهلة الأولى. فقد حاول باحثون عديدون التصدي لتعريبه باعتباره مصطلحاً حديثاً نسبياً. وقد تناوله كل باحث من هؤلاء في ضوء وجهة نظر معينة، وحسب زاوية الرؤيا التي يفضلها هذا الباحث أو ذاك. لذلك يرى الباحث الحالي أن عرض بعض هذه المحاولات - على قلتها - خطوة مهمة في سبيل الوصول إلى اتفاق حول مرادف عربي لهذا المصطلح الأجنبي، يرتضيه العاملون في المجال. وهذه المحاولات القليلة يمكن الإشارة إليها على النحو الآتي:

(*) لم يشر كل من عبد المنعم الحفني، ١٩٧٨؛ فاخر عاقل، ١٩٨٥؛ زهران، ١٩٨٧؛ كمال دسوقي، ١٩٩٠؛ أ.ف. بتروفسكي وم.ج. ياروشفسكي، ١٩٩٦؛ وعبد الحميد سالم وآخرون، ١٩٩٨؛ إلى هذا المصطلح في مؤلفاتهم سواء كانت قاموساً أو موسوعة أو معجماً (الباحث).

اضطراب الصمت الاختياري (التباكم) لدى الأطفال

د. عبدالرحمن سيد سليمان

أستاذ الصحة النفسية

كلية التربية - جامعة عين شمس

(١) يترجمه عادل الأشول (١٩٨٧: ٣١١) فى موسوعته للتربية الخاصة الخرس الإنتقائى أو الاختيارى ويعنى به حالة مرضية نجد فيها الفرد يرفض الكلام، وقد يبدو غير قادر على السمع والكلام معاً.

(٢) ويعرف جابر عبد الحميد وعلاء كفافى (١٩٩٠: ١٠٩٨ - ١٠٩٩) الصمت الإنتقائى، كما يطلقان عليه - تعريفاً معجمياً - يقى الضوء على طبيعته وبعض أسبابه؛ بأنه إضطراب نادر يحدث فى مرحلة الطفولة، يتميز بالرفض المستمر للحديث فى معظم المواقف الاجتماعية، بما فيها مواقف الدراسة، على الرغم من قدرة الطفل على الكلام وعلى فهم اللغة. ولا يحدث فى هذه الحال أى من الاضطرابات الجسمية أو العقلية الأخرى. وقد تكون الحماية الأمومية الزائدة والبقاء فى المستشفى لفترة، أو الالتحاق بالمدرسة من العوامل التى تهيب لهذا الاضطراب.

(٣) ويرى محمود حمودة (١٩٩١: ٢٨١) أن البكم الاختيارى - كما يطلق عليه - يتميز برفض الطفل أو المراهق الثابت للتحدث فى واحد أو أكثر من المواقف الاجتماعية العظمى، مشتملاً المدرسة، برغم قدرته على فهم اللغة وقدرته على الكلام، وليس ذلك عرضاً للإرهاب الاجتماعى أو الاكتئاب أو اضطراب ذهانى مثل الفصام... والطفل المصاب بالبكم الإختيارى يمكنه أن يتواصل بواسطة الإيماءات مثل هز الرأس، أو بواسطة مقاطع كلامية مختصرة بنغمة واحدة، والغالب أنه لا يتحدث فى المدرسة، ولكنه يتحدث طبيعياً فى البيت، ونادراً ما يرفض التحدث فى المواقف الاجتماعية.. وهؤلاء الأطفال لديهم مهارات لغوية طبيعية غالباً.

(٤) ويترجمه عبد العزيز الشخص والدماطى (١٩٩٢: ١٦٢) فى قاموسهما للتربية الخاصة وتأهيل غير العاديين: البكم - الخرس الاختيارى ويذكران أنه أحد التصنيفات المذكورة فى النظام الثالث للجمعية الأمريكية للطب النفسى والمعنون بـ «دليل تشخيص الاضطرابات النفسية وإحصائها». ويشيران إلى أن هذا المصطلح يعنى رفض الفرد للكلام والتحدث بحيث قد يبدو غير قادر على السمع والتحدث.

(٥) ويعرف خليل فاضل (١٩٩٦: ١٦٠) الخرس الاختيارى بأنه حالة مرضية نفسية يعرفها أكثر أطباء النفس المختصين بالأطفال. ويشخصونها على أنها الرفض الكامل للكلام خارج البيت، أو فى غير محيط الأسرة أو الأقرباء. ويعتبرها «خليل فاضل، حالة من حالات الاضطراب العاطفى والانفعالى، وأنها من أهم خصائص الأطفال الذين يُصابون بالخجل والحساسية الفائقة، وعدم القدرة على إقامة علاقات مع الآخرين سواء كانوا أطفالاً أم كباراً».

(٦) ويترجم رشاد موسى وآخرون (١٩٩٩: ٨٦) فى قاموسهم للصحة النفسية هذا المصطلح على أنه يعنى البكم أو الخرس الاختيارى.

والممتنع لمحاولات تحديد المصطلح السابقة الإشارة إليها وغيرها يمكنه الخروج بالملاحظات التالية:

١ - إن هناك اختلافاً بين الباحثين على استخدام مصطلح واحد للتعبير عن هذا الإضطراب؛ فمن العرض السابق لمحاولات تحديده نجد أن البعض يطلق عليه الصمت الإنتقائى (جابر وكفافى، ١٩٩٠) وربما يكون وراء هذه الترجمة الطبيعة الغالبة على الإضطراب، ونعنى

بها تفضيل السكوت في بعض المواقف. في حين يطلق عليه البعض الثاني البكم الاختياري (محمود حمودة، ١٩٩١) وربما يكون وراء هذه الترجمة النظرة الكلينيكية التي تعكس اهتمام الطب النفسي بالأعراض التشخيصية للاضطراب.

والبعض الثالث يطلق عليه الخرس الانتقائي أو الاختياري (عادل الاشول، ١٩٨٧) ليشير به إلى حالة من رفض الكلام. في حين يطلق عليه البعض الرابع البكم أو الخرس الاختياري (الشخص والدماطي، ١٩٩٢) وربما يعكس هذا التعريف - كسابقه - النظرة التي تعتبر الأطفال المصابين به أطفالاً ضمن فئة ذوى الحاجات الخاصة. والبعض الرابع يطلق عليه الحبسة الكلامية المتعمدة (الشرييني، ١٩٩٤).

٢ - أنه يتعين على من يتصدى لتعريف هذا المصطلح أن يشير إلى عدة أمور منها:

(أ) أن رفض الكلام من قبل الطفل لا يكون دائماً ولكن تحت ظروف بيئية أسرية أو مدرسية معينة.

(ب) أن رفض الكلام من قبل الطفل يكون عمداً وعن قصد.

(ج) أنه نادر الحدوث في مرحلة الطفولة (حيث تصل نسبة حدوثه إلى أقل من ١٪ من الأطفال المحولين لعيادات الإرشاد النفسى بالولايات المتحدة الأمريكية، كما لوحظ أنه يكثر بين الإناث.

ويرى الباحث الحالى أنه من الممكن إطلاق تسمية «التباك» على هذا الإضطراب إذ أن كلمة «التباك» تعنى إدعاء البكم، فضلاً عن أن الامتناع عن الكلام يتم على

مستوى الوعى أو الشعور فهو فعل إرادى، ولا علاقة له بسوء وظائف الجهاز الكلامى.

٣ - أن كلمة الخرس هنا غير دقيقة؛ فمن ناحية يكون الامتناع عن الكلام ليس راجعاً إلى عيب ولادى أو خلقى فى جهاز الطفل الكلامى، ومن ناحية ثانية أن الطفل يرفض الكلام فى حين أنه بالفعل قادر عليه، وعادة ما يكون الطفل ذى الصمت الاختياري، متوسط الذكاء، مهتماً بالتواصل مع الآخرين، لكنه فى نفس الوقت غير قادر على تحقيق ذلك الوجود «عطى نفسى» لهذا فهو قد يعبر عن نفسه بالإيماءة، والحركة الصامتة، الرسم، هز الرأس، الهمس، أو حتى الكتابة أحياناً.

(ب) طبيعته ومظاهره:

يبدأ اضطراب البكم الاختياري «التباك» قبل سن الخامسة، أو عند دخول الطفل المدرسة فى سن السادسة، وفى أغلب الحالات قد يستمر لبضعة أسابيع أو لبضعة شهور، لكنه نادراً ما يستمر لعدة سنوات.

وقد يترتب على الإصابة به توقف الطفل عن أداء أدواره الاجتماعية والمدرسية، كما قد يترتب عليه إخفاق فى المواظبة على الذهاب إلى المدرسة نتيجة أن الطفل الذى يعانى البكم الاختياري يصبح مثار سخرية زملائه.

ومن ناحية أخرى قد يصاحب البكم الاختياري بأعراض اضطراب الكلام مثل حدوث اضطرابات فى ارتقاء عمليات النطق، واضطرابات فى الفهم والتعبير اللغوى، كما قد يصاحبها الخجل الشديد والعزلة الاجتماعية والانسحاب أو رفض المدرسة أو سمات قهرية، وكذلك يرتبط هذا الاضطراب بالسلبية، أو الانفجارات الانفعالية، أو سلوك العناد خاصة فى داخل المنزل.

وتعتبر موزة المالكى (١٩٩٦: ١٥) الصمت الاختياري أحد الأمراض النفسية التي تعيق الطفل عن ممارسة حياته العادية، والاندماج في المجتمع؛ حيث يرفض الطفل الكلام مع أى شخص خارج نطاق الأسرة، بحيث يعجز عن نطق أى كلمة فى المدرسة، حتى مع الأصدقاء، بل لا يكون للطفل أى صديق، فهو يعزل نفسه وينطوى، وأحياناً يرافق ذلك بكاءً مستمراً.

ويرى خليل فاضل (١٩٩٦: ١٦٢) أن أهم علامات الخرس الاختياري الطبية هى عدم القدرة على الكلام، وعدم القدرة على التخاطب مع الآخرين فى البيئة المحيطة، وهو يعد اضطراباً نادر الحدوث، أهم أعراضه رفض الطفل الكلام فى المدرسة، أو التحدث مع الآخرين خارج محيط البيت، هذا على الرغم من أنه يتحدث بشكل طبيعى تماماً مع أقرانه وأخواته فى البيت، وربما مع أحد الوالدين.

من ناحية ثالثة يرى بعض الباحثين أن بعض الأطفال يتعمدون عدم الكلام، فيفضلون الصمت وعدم التحدث وعدم الإستجابة لأى حوار، ويكون عدم الإجابة عن أى سؤال هو الظاهر على الطفل؛ على الرغم من أنه يكون كامل الوعى، ومطلق الحرية والإرادة، وغالباً ما يكون الطفل منحنى الرأس لا يحدق فيمن حوله. ناظراً إلى الأرض أو إلى أى اتجاه بعيداً عن يحاول التحدث إليه، وربما حجب وجهه وعينه بيديه أو مرفقيه أو يتواصل بواسطة الإيماءات أو مقاطع كلامية مختصرة، والطفل الذى يمارس الحبسة الكلامية المتعمدة له مستوى طبيعى من الذكاء والتفكير، وقدرة طبيعية على الكلام، وهو كامل الحواس، وليس هناك دلائل على اضطراب جهازه العصبى، ويلاحظ أن الطفل إما أن يظل صامتاً داخل المدرسة، ويتحدث فى المنزل مع شخص محبوب إليه

أحياناً مثل الأم، أو العكس (الشريبنى، ١٩٩٤: ١٥٧؛ القرىطى، ١٩٩٨: ٣٤٢-٣٤٣).

وهناك حالات شديدة من الصمت الاختياري يمتنع الطفل معها عن الكلام مع أى شخص. وقد تمتد ظاهرة الامتناع عن الكلام إلى مواجهة سلبية واسعة تشمل الابتسام والانتباه والنظر للآخرين، بل وأحياناً الطعام والشراب، وهذه الظاهرة نادرة الحدوث، وإن ظهرت فى الغالب لدى الأطفال فى الفئة العمرية ٣ - ١٠ سنوات، ويظل الأمر أسابيع قليلة، أو أياماً، أو شهوراً، وربما ساعات، ونادراً ما يظل سنوات، ونسبة أقل من ١٪ من المحولين إلى عيادات الإرشاد النفسى لديهم هذا الاضطراب (الشريبنى، ١٩٩٤: ١٥٧).

ويرى القرىطى (١٩٩٨: ٣٤٢) أن الصمت الإختياري هو أحد مظاهر اضطرابات الأداء الاجتماعى التى تبدأ أثناء الطفولة، وأن الصمت أو الخرس الإختياري يتميز بإحجام الطفل تماماً عن الكلام، وعدم الاستجابة اللفظية لأى استشارة لفظية أو حوار فى بعض المواقف، وذلك على الرغم من أنه يتمتع بمستوى عادى من حيث الكفاءة اللغوية استقبالياً وفهماً وتعبيراً، واستخدامه الطبيعى لها وبطلاقة فى مواقف اجتماعية أخرى، ومن حيث الحواس والذكاء والوعى، كما لا توجد دلائل على خلل جهازه العصبى.

مُحدّدات الصمت الاختياري:

يرى بعض الباحثين (انظر محمود حمودة، ١٩٩١) أن هناك عوامل تمهد لحدوث هذا الاضطراب، من قبيل حماية الأم المفرطة، أو إصابة الطفل بمرض ما أو فى أعقاب دخول المستشفى لفترة، أو التعرض لصدمة أو حادث، أو الانفصال عن الأم قبل بلوغ الثالثة من العمر.

وهناك من يرى أن سبب الخرس الاختياري هو الاضطراب النفسي، وأنه مؤشر على وجود صراعات نفسية داخل الطفل، وقد يكون نتيجة لإحساس الطفل المتزايد بالقلق الشديد حول عجزه المحتمل عن التعبير الصحيح في مكان تشدد فيه وطأة خبرة نفسية أو ضغط نفسى كالمدرسة أو الحضانة. ذلك أن حالات الخوف من الروضة أو المدرسة يمكن أن تكمن وراء هذه الحالة (الشريبنى، ١٩٩٤: ١٥٧؛ القريطى، ١٩٩٨: ٣٤٣).

كما أن التعرض لصدمات نفسية أو أمراض تسببت في دخول الطفل إلى المستشفى، أو وجود مشكلات أسرية، أو خلافات زوجية، أو وجود الأم المسيطرة، يمكن أن يعد من العوامل التى قد تكون كامن خلف هذا الإضطراب. ويتخذ الطفل الصمت محاولة للدفاع عن النفس، وسلاحاً يعاقب به غيره، وهناك أسباب واضحة لهذه الحالة مثل فراق أحد الوالدين أو مرضه.. أو ظهور شخص جديد فى المنزل أو عدم تلبية أغلب رغبات الطفل. أو تغيير مكان السكن القريب من الأصدقاء المحبين، وإذا كان الأمر قد ينشأ ربما لفشل دراسى، إلا أنه قد يكون بسبب أن يصبح الطفل كبش فداء لأصدقائه يغيظونه ويسخرون منه (الشريبنى، ١٩٩٤: ١٥٨).

الملامح التشخيصية للصمت الاختياري:

بادئ ذي بدء - يمكن القول أن أخصائى اللغة والكلام فى المدارس العامة غالباً هم أول من يلجأ الآباء والأمهات إلى أخذ مشورتهم باعتبارهم المهنيين المتخصصين وذلك عندما لا يتحدث طفلهم فى المدرسة. كما أن معلمى مدارس رياض الأطفال يكونون على وعى أنه أثناء الثمانية أسابيع الأولى من العام الدراسى أن من النادر ألا يجدوا أطفالاً فى فصولهم قلقين أو متوترين، وخائفين، أو غير سعداء بسبب انفصالهم عن والديهم ولذلك قد لا يتكلمون.

وعلى الرغم من ذلك؛ فإن أغلب هؤلاء الأطفال، وبعد فترة تطول أو تقصر، يبدأون فى الكلام مع زملائهم فى الفصل، ومع مدرسيهم، فى حين نظل قلة قليلة محتفظة بصمتها لا نقول بيكهما فى المدرسة، غير أنهم يتكلمون - على أية حال - داخل إطار بيئة الأسرة.

وعلى هذا يشخص اضطراب الخرس الاختياري بالرفض المستمر للتحدث فى موقف اجتماعى، أو أكثر؛ بما فى ذلك المدرسة؛ على أن يكون لدى الطفل قدرة على فهم اللغة والتحدث بها. غير أن بعض الباحثين (انظر: محمود حمودة، ١٩٩١) يحدد التشخيص الفارق لحالات الصمت الاختياري من خلال محددتين أساسيين هما:

(أ) الحالات الشديدة من التخلف العقلى، أو اضطراب تشوه النمو؛ أو اضطراب التعبير اللغوى النمائي؛ حيث أن ما يوجد فى هذه الحالات يوصف بأنه عدم قدرة أو عجز وليس رفضاً للتحدث أو الكلام.

(ب) الأطفال الذين يهاجرون لبلاد تتحدث لغة مختلفة عن لغتهم الأم.

وأما الملامح التشخيصية كما يحددها الدليل التشخيصى الإحصائى الرابع DSM 4 فقد عدل مسمى هذا الاضطراب من الخرس الانتقائى Elective mutism فى طبعته الثالثة المعدلة عام ١٩٨٧ إلى الصمت الاختياري Selective mutism فى هذه الطبعة الأخيرة التى صدرت عام ١٩٩٤. وقد حدد هذا الدليل الأمريكى خمسة معايير كملامح تشخيصية لهذا الاضطراب وذلك على النحو الآتى:

المعيار (أ) الفشل المتكرر والمتواصل فى الكلام فى مواقف اجتماعية محددة (على سبيل المثال فى المدرسة، أو مع زملاء اللعب، وحيث يكون الكلام متوقعاً، وبالرغم من قدرة الطفل على الكلام فى مواقف أخرى.

المعيار (ب) يصطدم هذا الاضطراب بالتحصيل التربوي، والانجاز المهني، كما يصطدم مع التواصل الاجتماعي.

المعيار (ج) يتعين أن يستمر هذا الاضطراب ويدوم لمدة تقارب الشهر على الأقل، وليس من الضروري أن يتحدد ذلك بالشهر الأول من ذهاب الطفل إلى المدرسة (إذ يمكن أن يعاني كثير من الأطفال من الخجل أو الممانعة في الذهاب وكذلك قد يرفضون الكلام).

المعيار (د) يجب ألا يتم تشخيص الصمت الاختياري بأنه فشل الطفل في الكلام، والذي قد يعزى إلى بقاء، أو نقص المعلومات، أو نقص المساعدة. حيث تتطلب اللغة المنطوقة موقفاً اجتماعياً.

المعيار (هـ) أيضاً، يجب ألا يشخص أى اضطراب على أنه صمت إختياري إذا كان الاضطراب يرتبط بشكل واضح بالارتباك الناتج عن إعاقة ذات صلة باضطراب عملية التواصل (الإصابة بالجلجة على سبيل المثال) أو إذا كان الاضطراب يرتبط على وجه التحديد بحدوث أحد الاضطرابات النمائية المنتشرة^(١). أو في حالات الشيزوفرينيا، أو أية اضطرابات ذهانية أخرى.

(١) اضطرابات نمائية منتشرة:

Pervasive Developmental Disorders

مجموعة من الاضطرابات تتضمن تشوهات كبيرة في العديد من الوظائف النفسية مثل اللغة، والمهارات الاجتماعية، والانتباه، والإدراك، واختبار الواقع والحركة. وتتكون هذه المجموعة التي أوردها الدليل التشخيصي والاحصائي الأمريكي للاضطرابات العقلية من:

- ذاتية طفلية Infantile autism.

- اضطراب نمائي تنتشر بدايته في الطفولة Child onset Pervasive Developmental Disorders.

- اضطراب نمائي شاذ منتشر Atypical Pervasive Developmental Disorders.

ومما تجدر الإشارة إليه، ونحن بصدد الحديث عن الملامح التشخيصية لهذا الاضطراب النادر أنه قد يلجأ الأطفال ذوو الصمت الاختياري إلى استخدام التواصل بالإيماءات، والحركات بدلاً عن التواصل اللفظي؛ من قبيل استخدام انحناء الرأس، أو الإشارة بإحدى اليدين أو كليهما، أو الجذب، أو الدفع. ما قد يستخدم هؤلاء الأطفال - في بعض الحالات - مقطع أحادي من الكلمة (جزء منها) Monosyllabic أو مقاطع قصيرة، أو التعبير بجمل على نحو مطرد ورتيب، أو باستخدام صوت تكراري متغير.

من ناحية أخرى، يتعين القول أن الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع (١٩٩٤) لا يكتفى بهذه المعايير الخمسة كملامح تشخيصية فارقة للصمت الاختياري؛ وإنما يشير أيضاً (DSM 4, P. 114) إلى بعض الملامح الإضافية المرتبطة، أو بعض الاضطرابات النفسية ذات الصلة بالصمت الاختياري، فيذكر أنه ربما يتضمن الحياء (الخجل) المفرط الخوف من الإرتباك الاجتماعي، العزلة الاجتماعية الانسحابية، الجمود، السمات والخصائص القهرية، السلبية، المزاج الغاضب والمتقلب، التحكم، السلوك المعاكس، وخاصة في المنزل.

وربما يكون هناك نوع من القصور الحاد في التوظيف الاجتماعي والمدرسي، كما أنه من الأمور المعتادة في حالات الأطفال ذوي الصمت الاختياري وجود بعض المضايقات، وإلقاء المسؤولية عليهم من قبل الزملاء أو الأقران. وبالرغم من أن الأطفال الذين يتميزون بهذا الاضطراب عادة ما يتمتعون بمهارة لغوية سوية، إلا أن اضطرابهم هذا قد يكون مرتبطاً في بعض الأحيان بوجود اضطراب في التواصل (من قبيل الاضطراب الفونولوجي

أى المتعلق بالنسق الصوتى فى اللغة، واضطراب التعبير اللغوى، أو وجود اضطراب يجمع بين قصور اللغة التعبيرية واللغة الاستقبالية أو ما يطلق عليه اضطراب لغة التعبير - الاستقبال المختلط Mixed Receptive - Expressive Language disorder). أو وجود ظروف طبية عامة تكون سبباً فى إحداث شذوذات فى النطق أو سلامة النطق، أو ربما تكون هناك اضطرابات ذات صلة بالقلق (لاسيما ما يتعلق منها بالفوبيا الاجتماعية)، أو التخلف العقلى، أو الإقامة لفترة ما للعلاج بإحدى المستشفيات، أو وقوع الطفل تحت ضواغط نفسية متطرفة فى شدتها وقسوتها.

وحين يتناول الدليل التشخيصى والإحصائى الرابع للأمراض العقلية DSM IV التشخيص الفارق فيما يتعلق بالأطفال ذوى الصمت الاختيارى يقول ما نصه: «يتعين بادية ذى بدء - حين نتصدى لتشخيص الصمت الاختيارى تشخيصاً فارقاً أن نميزه عن اضطرابات الكلام، والتي يمكن أن تتحسن إذا كانت فى نطاق اضطرابات التواصل؛ فكما سبقت الإشارة - هناك الإضطرابات الفونولوجية، واضطراب اللغة التعبيرية، واضطراب اللغة التعبيرية - الاستقبالية المختلط، وهناك أيضاً اللججة. والصمت الاختيارى على العكس من كل الاضطرابات السابقة، فإفتران الصمت الاختيارى باضطراب الكلام تحت شروط معينة، لا يكون مقيداً به إلا فى حالة ظهوره فى موقف اجتماعى نوعى (محدد).

وقد يرفض الأطفال الذين هاجروا مع أسرهم إلى بلاد تختلف فى لغتها عن لغتهم الأم، الكلام أو التحدث باللغة الجديدة وذلك لنقص معلوماتهم عن هذه اللغة. أما إذا رفض هؤلاء الأطفال الكلام - على الرغم من التحقق من فهمهم لهذه اللغة الجديدة؛ فإن تشخيص حالة هؤلاء

الأطفال على أنهم يعانون من الصمت الاختيارى ربما يكون تشخيصاً له ما يبرره. أما الأطفال ذوو الاضطراب النمائى المنتشر، أو الفصاميون، أو المصابون بأية اضطرابات ذهانية أخرى، أو الأطفال ذوو التخلف العقلى الشديد؛ فربما كان هؤلاء الأطفال يعانون مشكلات فى التواصل الاجتماعى ونقص القدرة على الكلام على نحو ملائم أو يتناسب مع المواقف الاجتماعية.

وفى المقابل من ذلك يتعين تشخيص الصمت الاختيارى لدى أى طفل حال وجود قدرة مؤكدة على الكلام فى بعض المواقف الاجتماعية؛ (وبشكل أساسى فى المنزل). وقد يرتبط القلق الاجتماعى، والاحجام الاجتماعى فى حالات الإصابة بالفوبيا الاجتماعية بالصمت الاختيارى. وفى مثل هذه الحالات يتعين أن يكون هناك نوعان من التشخيص هما: تشخيص الأعراض، والتشخيص الفارق.

علاج الصمت الاختيارى (التباك):

إن تاريخ علاج الصمت الإختيارى (التباك) يمتد على نطاق واسع فى أدبيات البحث النفسى؛ إذ تناولته البحوث والدراسات باستخدام التحليل النفسى فى أوروبا فى أواخر القرن التاسع عشر وأوائل القرن العشرين، وتناولته التدخلات العلاجية السلوكية المعاصرة.

وفى أدبيات التراث النفسى الألمانى الباكرة - على سبيل المثال - أشير إلى أن علاج الأطفال ذوى الصمت الاختيارى، كان يتضمن الانتقال من المنزل إلى الوضع فى مراكز علاجية بغرض الإقامة الدائمة. كما أجرى «ويرجيلاند» (النرويجى) (Wergeland 1979) دراسة وصف فيها الأطفال ذوو الصمت الاختيارى، الذين يُنقلون

إلا أداة يعبر بها الأطفال عن عدائيتهم لأمهاتهم، وذلك لعدم قدرتهم على التصريح والتعبير علانية عن هذه العدائية. ومن خلال هذا الصمت الاختياري - من وجهة نظر «أتويناتان» - يحقق هؤلاء الأطفال الامتناع عن الاستمرار في علاقاتهم بأمهاتهم.

أما المعالجون السلوكيون (من هؤلاء على سبيل المثال: Leonard & Topol, 1993) فينظرون إلى الصمت الاختياري على أنه نتاج سلسلة طويلة من أنماط ونماذج تعلم سلبية وخاطئة تم تعزيزها. وقد حققت المناحي السلوكية التي تستخدم أساليب خفض القلق في مواقف الكلام؛ و/أو التي تستخدم أسلوب تعزيز سلوكيات الطفل في المواقف التي يمكنه التكلم فيها، حققت نجاحاً إلى حد ما. وتجدر الإشارة إلى أن استراتيجيات المعالجة، والعلاج السلوكي للبدء في الكلام في موقف ما تتضمن الإدارة المشروطة، (المعالجة الاشتراكية)، إضعاف المثير، وإجراءات البدء بالاستجابة (انظر: Labbe & William, 1984). وكان نمط البدء بالاستجابة هو أحد المناحي السلوكية التي استخدمت للمرة الأولى ووطرت وعدلت في مركز هاوثورن Howthorn للعلاج السلوكي.

ويفضل أصحاب هذا المنحى البدء بالتقييم الطبي النفسي، وتقديم المعلومات التي تتعلق بالصمت الاختياري إلى الوالدين، ثم المرور بفترة من العلاج النفسي المختصر بالنسبة للطفل؛ بغية إقامة علاقة آمنة مع الطفل. والأطفال ذوو الصمت الاختياري في هذا البرنامج يزودون برسالة مفادها أنه من الضروري بالنسبة لهم أن يتكلموا. ثم بعد ذلك يضع المعالج النفسي جدولاً ليوم متكامل عندما يخطر الوالدان؛ أن الطفل لديه رغبة في تمضية معظم

من منازلهم إلى مناطق أخرى، ويعالجون في مدى زمني يتراوح ما بين (٨) ثمانية أشهر إلى (٣) ثلاث سنوات. كما وجد «ويرجيلاند» أن الأطفال الذين لا يعالجون بهذا الأسلوب يتحسنون من خلال المتابعة، وهم يقيمون في بيوتهم، وذلك في حال مقارنة بمقارنتهم بالأطفال الذين يرحلون بعيداً عن منازلهم. كما أشار «ويرجيلاند» إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الأطفال ذوي الصمت الاختياري (المتباكمين) والعاديين فيما يتعلق بحدّة «التوظيف الجسمي»، Psychological Functioning لدى هؤلاء الأطفال الذين ينتقلون من بيوتهم أو محال إقامتهم.

وقد استخدم التحليل النفسي في علاج بعض الأطفال ذوي الصمت الاختياري في فترات سابقة من هذا القرن. وأوضحت الافتراضات النظرية أن هؤلاء الأطفال يعانون «تثبيتاً» على المستوى الفهمي، أو «تثبيتاً» على المستوى الشرجي؛ رغبة في معاقبة والديهم، وأنهم قد يحافظون على أسرار أسرهم، ويقومون بـ «إزاحة» عدائيتهم نحو الأم، أو «ينكسون»، إلى مرحلة ما قبل استخدام الألفاظ Pre- Verbal Stage في النمو.

وطبقاً لما أشار إليه كل من «كروهن»، و«ويكشتين»، ورايت، (Krohn, Weckstien, and Wright (1992) فإن استخدام المنحى السيكوندينامي، في علاج حالات الصمت الاختياري، يتطلب وقتاً طويلاً، وعصبياً، ثم أنه يعطي نتائج فقيرة أو عائد علاجي ضئيل. وفي نفس هذا الاتجاه عالج «أتويناتان» Atoynatan (١٩٨٦) الأطفال المتباكمين (ذوي الصمت الاختياري) بجلسات العلاج النفسي الجماعي، بينما كانت أمهاتهم منتظمات في جلسات علاج نفسي فردي. وهو يرى أن «التباكم» ما هو

اليوم مع المعالج. حينئذٍ يُطلب من الطفل أن ينطق كلمة واحدة للمعالج قبل أن يغادر مكتبه.

ويلاحظ أن معظم الأطفال يتكلمون في غضون ساعة أو ساعتين، ومن النادر أن يتطلب بدء الطفل بالكلام أكثر من أربع ساعات وبعد أن يبدأ الطفل في الكلام، يُمدح على استجابته، ويستأنف علاقاته الاجتماعية مع أفراد أسرته. يلي هذه الخطوة خطوات أخرى يتعين على الطفل أن يخطوها إلى الأمام، وعلى هذا الأساس توضع أهداف تأخذ في إعتبارها أن يتكلم الطفل في المدرسة، وربما يُستعان بمدرس فصله كي يشارك في هذه العملية سعيًا وراء تعميم سلوك الطفل.

ونظرًا إلى أن الصمت الاختياري أو التباكم يبدو على أنه اضطراب في عملية التواصل؛ فإن الأطفال الذين لا يتكلمون في المدرسة يحولون في أغلب الأحيان إلى أخصائي اللغة والكلام، كما أن الفحص الدقيق للصمت الإختياري يكشف لنا أنه بالفعل مشكلة نفسية ذات طابع انتشاري، تم تدعيمه وتعزيزه وأن هذا يتضح من تاريخ الطفل، وتاريخ الأسرة، وكذلك تأثيرات البيئة. ولهذا تتطلب استراتيجية المعالجة الشاملة تقدير سلوكي متكامل ومعالجة متجانسة بعناية بالنسبة للطفل.

وقد تفيد الخطوط الإرشادية التالية المعالج الكلامي (أو أخصائي التخاطب) في عمله داخل المدرسة: (Daw, So- nies, Scheib, Moss, & Leonard, 1995; Labbe & Williamson, 1984).

١ - إذا مرَّ أكثر من شهرين ولم يتكلم الطفل في المدرسة، يتعين على أخصائي اللغة والكلام أن يبدأ في التدخل بالتعاون مع معلم الفصل والوالدين.

٢ - إذا لم يُسمع للطفل أية كلمة بعد مرور شهرين من جلسات العلاج النفسي للغة والكلام، يتعين تحويل الطفل إلى أخصائي في الصحة النفسية (الأخصائي النفسي) الذي يتوفر لديه رصيد من الخبرة في التعامل مع هذا الاضطراب، والذي بمقدوره أن يكون صورة تشخيصية عنه ومن ثم يشارك في العملية العلاجية.

٣ - بمجرد أن يبدأ الطفل في الحديث والتكلم، يتعين البدء في البرامج العلاجية التي تتضمن عدة أوجه لمظاهر حياة الطفل، مزيداً من الناس، ويشترك فيها مدرسون آخرون - غير مدرس الفصل - وسكرتارية المدرسة، وسائقى سيارة المدرسة، وكذلك العاملين بمقصف المدرسة.

الصمت الاختياري: دراسات سابقة واستخلاصات:

في حين أن هناك العديد من الدراسات الأجنبية التي تصدت لعلاج الصمت الاختياري؛ نجد أن هناك غياباً واضحاً في الدراسات العربية التي ألقت بعض الأضواء على هذه المشكلة، سواء على مستوى الدراسات الارتباطية، أو إعداد البرامج العلاجية للتغلب عليه.

والمستعرض للكتابات العربية القليلة أو للدراسات الأجنبية في هذا الصدد يستطيع أن يستخلص نتيجة مؤداها أنه يجب دراسة طبيعة التفاعل والعلاقات داخل أسرة الطفل؛ لتحديد السبب أو الأسباب، أو الإتصال بالروضة أو المدرسة للكشف عن بعض الاحتمالات.

ويرى الشربيني (١٩٩٤: ١٥٨) أن العلاج الفردي للطفل في جلسات العلاج باللعب أو الرسم، وذلك للتخفيف من شدة الضغط في أجواء المنزل، أو الروضة، أو

المدرسة، مما يؤدي بالطفل إلى الاسترخاء وانخفاض حدة القلق، وانسياب الكلام.

يعالج الصمت الاختياري إذن - على المستوى النفسى - بصور شتى، فمن الممكن علاجه فردياً عن طريق جلسات اللعب، أو بالرسم، أو بعقد جلسات علاج للأسرة أو بإرشادات سلوكية لأفرادها.

كما أن أدبيات البحث فى هذا المجال تشير إلى إمكانية علاجه سلوكياً (انظر: خليل فاضل، ١٩٩٦) عن طريق حرمان الطفل من أشياء محببة، أو تهديده إذا استمر على صمته، وأنه كثيراً ما تكون هذا الطرق ناجحة؛ وبخاصة إذا فشلت أساليب تخفيف شدة الضغط المنزلى أو المدرسى مع الطفل.

وهناك من الباحثين (انظر: خليل فاضل، ١٩٩٦: ١٦٣) من يرى أن علاج الصمت الاختياري يواجه بمشكلة صعوبة فهم الطفل نفسياً؛ لأن الطفل عادة ما يكون غير قادر على التعبير عما يدور داخل أعماقه، وإذا أخذ أطباء وعلماء النفس، وأسرة الطفل المريض سلوكه كمقياس؛ فإنه يصعب الاعتماد على ذلك بشكل أساسى أو نهائى، كما أن واقع الطفل النفسى عادة ما يمر بمراحل تتداخل فى بعضها البعض، وتنمو بسرعة، ومن ثم فإن الإلمام بها، وتقييمها غاية فى الصعوبة.

وفيما يلى عرض لبعض الدراسات التى تصدت لعلاج هذا الاضطراب بأساليب مختلفة:

هدفت دراسة موزة المالكى (١٩٩٦) إلى الكشف عن الفروق فى مستويات التفكير الابتكارى لدى عينة من الأطفال القطريين العاديين والأطفال الذين يعانون من الصمت الاختياري بعد علاجهم.

وقد تكونت عينة الدراسة من مجموعتين، أولاهما (١٠) عشرة أطفال من الذين عولجوا من الصمت الاختياري، و(١٠) عشرة أطفال من العاديين فى مدارس مختلفة. ممن تتراوح أعمارهم ما بين ٨ - ١١ سنة، ونسب ذكائهم ما بين ٩٠ - ١١٠ ويقعون تحت تأثيرات بيئية واحدة وكانت أدوات الدراسة على النحو الآتى:

- ١ - اختبار هسكى نبراسكا للذكاء.
- ٢ - اختبار إبراهيم للتفكير الابتكارى، إعداد مجدى حبيب، ١٩٩٠.

وقد أسفرت نتائج الدراسة عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات الأطفال العاديين والأطفال الذين يعانون من الصمت الاختياري فى التفكير الابتكارى ومكوناته: الطلاقة، المرونة، والأصالة. وكانت الفروق فى صالح الأطفال العاديين.

ومن ناحية أخرى، أسفرت دراسة شيريدان وآخرون (Sheridan, et al. ١٩٩٥)، التى هدفت إلى تقييم وعلاج الصمت الاختياري، عن فعالية العلاج بفنية الإضعاف التدريجي^(١) Fading لطفل يبلغ من العمر ست سنوات فى تخليصه من الصمت الاختياري.

وقدمت دراسة كل من باول ودالاي Powell, S. & Dalley, M. (١٩٩٥) أسلوباً علاجياً متعدد النماذج،

(١) الإضعاف التدريجي، التضاؤل التدريجي: Fading فنية من فنيات العلاج السلوكى حيث يعرض مثير جديد مع مثير قديم ثم اكتساب أو تعلم استجابة له أو مقترنة به. وفى حين يتضاءل المثير القديم تدريجياً من حيث الحجم والشدة والوضوح، يكتسب المثير الجديد سيطرة على الاستجابة (لمزيد من التفاصيل عن فنية الإضعاف التدريجي يمكن الرجوع إلى عبد الرحمن سيد سليمان، ١٩٩٣).

sequences، ومثيرات الإضعاف Stimulus Fading، وأساليب تفسيرية معتدلة Mild Aversives. واشتملت بيانات العلاج المختلفة على كل من البيئة الأسرية والبيئة المدرسية. وقد أوضحت النتائج أن هناك زيادة واضحة في النطق بالكلمات في كل موقع على حدة. وزيادة التعبير عن الأفكار والمشاعر والتخيلات في كلمات Verbal-izations في مواقع أخرى غير البيت والمدرسة.

وتعكس تلك الأمثلة القليلة من الدراسات التي تصدت لعلاج اضطراب الصمت الاختياري فعالية الأساليب السلوكية من ناحية، وضرورة التركيز على الأعداد القليلة في اختيار العينات.

ويأمل الباحث الحالي أن تتاح له - في فترة لاحقة - فرصة القيام بدراسة استطلاعية لهذا الاضطراب في البيئة المصرية، حيث يخلو المجال من التصدى لهذا النوع من اضطرابات الطفولة على ندرته، وبحيث تكون هذه الدراسة دافعاً للباحثين لإجراء المزيد من الدراسات حول هذا الاضطراب النمائي.

يمكن من خلاله التمييز بين نوعين من الصمت الاختياري، وهما الصمت الاختياري العابر Transient Selective mutism والصمت الاختياري الدائم Per-sistent Selective mutism. وقد استخدم الباحثين طريقة دراسة الحالة Case Study كأداة لهذا الأسلوب العلاجي الذي يجمع ما بين فنيات تعديل السلوك والعلاج باللعب، والعلاج الأسري. وذلك على طفلة عمرها ست سنوات. وقد أسفرت الدراسة على عودة الطفلة إلى الكلام بشكل متسق مع أقرانها وقريناتها دون ظهور أية مشكلات سلوكية. وقد أكد نجاح هذا الأسلوب كل من القياس البعدي وفترة معقولة من المتابعة.

وأجرى كل من واطسون وكرامر (1992) Watson, T. & Kramer, J. دراسة تجريبية لفحص فاعلية علاج حالة من الصمت الاختياري الحاد، على المدى الطويل، لدى طفل يبلغ من العمر ثمانى سنوات باستخدام فنية التشكيل Shaping، والمعززات المتعددة Multiple re-inforcers، والتتابعات الطبيعية Natural Con-

المراجع العربية

- ٩ - عبدالعزيز السيد الشخص وعبدالغفار الدماطى (١٩٩٢): قاموس التربية الخاصة وتأهيل غير العاديين. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- ١٠ - عبدالمجيد سالمى، نور الدين خالد، وشريف بدوى (١٩٩٨): معجم مصطلحات علم النفس - دار الكتاب المصرى.
- ١١ - عبدالمطلب أمين القريطى (١٩٩٨): فى الصحة النفسية، القاهرة: دار الفكر العربى.
- ١٢ - عبدالمعظم الحفنى (١٩٧٨): موسوعة علم النفس والتحليل النفسى. جزآن. القاهرة: مكتبة مدبولى.
- ١٣ - فاخر عاقل (١٩٨٥): معجم علم النفس. ط ٤، بيروت: دار العلم للملايين.
- ١٤ - كمال دسوقي (١٩٩٠): ذخيرة علوم النفس. جزآن. القاهرة وكالة الأهرام للتوزيع.
- ١٥ - محمود حمودة (١٩٩١): الطفولة والمراهقة، المشكلات النفسية والعلاج. القاهرة: المطبعة الفنية الحديثة.
- ١٦ - موزة عبدالله المالكى (١٩٩٦): مقارنة القدرات الابتكارية بين مجموعتى أطفال عولجوا من الصمت الاختيارى وأطفال عاديين فى دولة قطر. (فى) ندوة دور المدرسة والأسرة والمجتمع فى تنمية الابتكار. كلية التربية: جامعة قطر.

- ١ - أ.ف. بتروفسكى، م.ج. ياروشفسكى (١٩٩٦): معجم علم النفس المعاصر. ترجمة حمدي عبد الجواد، عبد السلام رضوان، القاهرة: دار العالم الجديد.
- ٢ - جابر عبد الحميد جابر وعلاء الدين كفاوى (١٩٩٠): معجم علم النفس والطب النفسى، الجزء الثالث: القاهرة: دار النهضة العربية.
- ٣ - حامد عبد السلام زهران (١٩٨٧): قاموس علم النفس، ط ٢، القاهرة: عالم الكتب.
- ٤ - خليل فاضل (١٩٩٦): الخرس الاختيارى. العدد ٤٥٢، مجلة العربى، الكويت: وزارة الإعلام، ص ص ١٦٠ - ١٦٣.
- ٥ - رشاد عبدالعزيز موسى، وآخرون (١٩٩٩): قاموس الصحة النفسية. القاهرة: دار النفيس.
- ٦ - زمكيا أحمد الشريبنى (١٩٩٤): المشكلات النفسية عند الأطفال، القاهرة: دار الفكر العربى.
- ٧ - عادل عز الدين الأشول (١٩٨٧): موسوعة التربية الخاصة. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- ٨ - عبدالرحمن سيد سليمان (١٩٩٣): الإضعاف - التضاؤل التدريجى فنية سلوكية لعلاج بعض المخاوف المرضية والاضطرابات السلوكية. العدد ٢٠٢، مركز البحوث التربوية: جامعة قطر.

المراجع الأجنبية

- 17- Atoyntan, T. H. (1986) Elective mutism: Involvement of the mother in the treatment of the child. *Child Psychiatry and Human Development*, 17, 15-27.
- 18- **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**. Fourth Edition. DSM- IV Tm. (1994): American Psychiatric Association Washington, D, C.
- 19- Dow, S. P.; Sonies, B. C., Scheib, D.; Moss, S. E.; Leonard, H. L. (1995). Practical guidelines for the assessment and treatment of Selective mutism. *Journal of the American Academy of child and Adolescent Psychiatry*, 34, 836 - 846.
- 20- Krohn, D. D., Weckstien, SM. & Wright, H. L. (1992). A Study of the Effectiveness of a specific treatment for elective mutism. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. (3), 711- 718.
- 21- Labbe, E. E., & Williamson, D. A. (1984). Behavioral Treatment of Elective mutism: A Review of the literature. *Clinical Psychology Review*, 4, 273- 292.
- 22- Leonard, H. L., & Topol, D. A. (1993). Elective mutism. In H. L. Leonard (Ed.) *Child and Adolescent Psychiatric clinic of North America. Anxiety disorders* (pp. 695- 708). Philadelphia, PA: Saunders.
- 23- Powell, Shawn; Dalley Mohlono. (1995): When to Intervene in Selective Mutism: The Multimodal Treatment of a case of persistent Selective Mutism. *Journal of Psychology in the Schools*, Vol 32. No. 2. pp. 114-123.
- 24- Sheridan, Susan M; and others. (1995): Assessment and Treatment of Selective Mutism: Recommendations and a Case Study. *Journal of Special Services in the Schools*, Vol No. 1. pp. 55-78.
- 25- Watson, T. Steuart; Kramer, Jack J. (1992): Multimethod Behavioral Treatment of longterm Selective Mutism. *Journal of Psychology in the Schools*, Vol 29. No. 4 pp. 359-366.
- 26- Wergeland, H. (1979). Elective mutism. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 59, 218-228.

